



Coronavirus disease COVID-19

Déclaration du résultat clinique pour les patients hospitalisés

S.v.p. à remplir et envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP dans un délai de 24 heures.^a
OFSP Fax: +41 58 463 87 77
OFSP HIN secured:
covid-19@hin.infreport.ch

Patient/e

Nom: _____ Prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: f m

Rue: _____ NPA/localité: _____ canton: _____ tél.: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Manifestations: toux pneumonie (confirmée par imagerie) douleurs thoraciques troubles respiratoires
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) maux de gorge autres symptômes d'affection aiguë des voies respiratoires
 anosmie agueusie fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (sans autre étiologie)
 état confusionnel aigu / détérioration de l'état général sans autre étiologie
 symptômes gastro-intestinaux (p. ex. diarrhée, vomissement, douleurs abdominales)
 céphalées douleurs musculaires éruptions cutanées
 aucun symptôme autres symptômes: _____
 début des manifestations: ____/____/____

Maladies sous-jacentes: diabète maladie cardiovasculaire immunosuppression affection rénale chronique
 hypertension maladie respiratoire chronique cancer obésité (IMC > 35)
 aucune autres: _____

Fumeur: oui non inconnu

Grossesse: oui non inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____
 date du prélèvement: ____/____/____

Motif du test: symptômes compatibles avec COVID-19 investigation de flambée SwissCovidApp autres: _____

Résultat radiologique: CT-Scan compatible avec COVID-19 oui non

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ____/____/____ motif de l'hospitalisation: COVID-19 autre
 séjour aux soins intensifs, si oui: avec ventilation Hôpital (nom, tél.): _____

Décès: oui, date de décès: ____/____/____ (S.v.p. remplir le formulaire «Déclaration de résultats cliniques suite au décès»)

Exposition Dans les 14 jours avant le début des manifestations

où: CH étranger, pays: _____ lieu: _____ inconnu

Si à l'étranger, voyage en: avion bateau train car/bus voiture autre, lequel: _____

Résident d'une maison de retraite ou de soins ou d'un autre établissement médico-social: non oui

comment: Contact étroit avec un cas de COVID-19 confirmé: oui non inconnu

Voie de transmission la plus probable: dans la famille en tant que membre du personnel médical ou soignant école/jardin d'enfant/crèche
 au travail fête privée en discothèque/club dans un bar/restaurant
 lors d'une manifestation Lors d'un rassemblement spontané inconnu
 autres: _____

quand: Date d'exposition: ____/____/____ inconnu

activité professionnelle: membre du personnel médical ou soignant: oui non, autre: _____

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): _____

Date: ____/____/____ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____

date: ____/____/____ signature: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>